

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения : _____
Название дела : _____
Номер Имя работника : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

(ADDRESSEE)

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

_____ , S _____ числа округ изменит Вашу денежную помощь с \$ _____ на \$ _____.

Мы уменьшаем сумму вашей денежной помощи, т.к. без уважительной причины вы не следовали согласованному и подписанному плану. Вы согласились:

Мы не будем оплачивать транспортные расходы, расходы связанные с работой или обучением, пока Вы не получаете денежную помощь. Возможно, мы оплатим уход за детьми, если вы работаете или посещаете школу.

КАК ПОЛУЧИТЬ ОБРАТНО ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ

Вы можете вернуться на программу денежной помощи, если вы имеете право на это, и сделав следующее:

- обратиться в округ и сообщить им, что вы желаете вернуться на программу денежной помощи; затем выполнять требования округа.
- обратиться в округ не ранее, чем 45 дней до _____ числа, и сообщить им, что вы желаете вернуться на программу денежной помощи; затем выполнять требования округа.
Даже, если вы это сделаете, ваша денежная помощь не будет восстановлена раньше, чем _____ число.

ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ У ОКРУГА ВЕРНУТЬСЯ НА ПРОГРАММУ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, ЗВОНИТЕ:

ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ

КОНСУЛЬТАЦИЯ? Вы можете получить бесплатную помощь с этой проблемой:

Ближайшая юридическая консультация: ()

Отдел штата по защите прав человека: ()

Талоны на питание: Если из-за невыполнения правил программы WTW, вы получили наказание от программы талонов на питание, возможно, вы не сможете получать талоны на питание в течение, как минимум 1, 3 или 6 месяцев. Если вы получили наказание программы талонов на питание, вы получите отдельное извещение, в котором будет указано, на какой срок вам останавливают талоны на питание.

Medi-Cal: Это извещение о действии НЕ меняет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и) удостоверяющую(ие) пособия.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: CalWORKs: MPP 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause). Food Stamps MPP 63-407.521.

Новая сумма денежной помощи рассчитана ниже

Сумма месячной денежной помощи

Секция А.

Исчисляемый доход за месяц

Общий доход от предприятия \$
Расходы предприятия:
a. Стандартные 40% -
ИЛИ
b. Реальные -
Чистый доход от работы на себя =

Итого, доход по нетрудоспособности

(группа получающая помощь + люди не относящиеся к этой группе) \$
Скидка \$225 - =

Учитываемый доход по нетрудоспособности \$
ИЛИ
Неиспользованная сумма от скидки в \$225 =

Итого, заработанный доход \$
Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + =

Промежуточный итог =
Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (с линии сверху) =
Промежуточный итог =
Скидка с заработанного дохода 50% =
Промежуточный итог =
Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии сверху) +
Остальной учитываемый доход от (группа получающая помощь + люди не относящиеся к этой группе) + =
Чистый доход =
Секция В.

Ваша денежная помощь за месяц

1. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (группа получающая помощь + люди не относящиеся к этой группе) \$
2. Особые потребности (группа получающая помощь) +
3. Чистый исчисляемый доход с секции А -
4. Промежуточный итог =
5. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (только группа получающая помощь, за исключением людей, которые оштрафованы) \$
6. Особые потребности (только группа получающая помощь) +
7. Промежуточный итог от максимально разрешенной помощи=
8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц** (наименьшая сумма с линии 4 или 7) =
9. Линия 8 распределена пропорционально на часть месяца =
10. Поправки: Штраф 25% из-за алиментов на содержание детей -
Переплата -
Другие штрафы -
Премия +
11. **Сумма месячной денежной помощи** (линия 8 или 9 с поправкой) =

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

Имя лица, заполнившего эту анкету _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

Имя _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____